

# AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)

## 有关接种人类乳突病毒（HPV）疫苗的家长同意书

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)

(本页的背面印有关于接种流程和疫苗的相关信息)

Nom de l'enfant / 孩子的姓 : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant / 孩子的名 : \_\_\_\_\_

Date de naissance / 出生日期 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe / 性别 :  F / 女  G / 男

Nom du collège / 所在初中的名称 : \_\_\_\_\_

Commune du collège / 学校所在城市 : \_\_\_\_\_

	Parent / Responsable légal 1 家长/法定监护人1	Parent / Responsable légal 2 家长/法定监护人2
Nom – Prénom / 姓 - 名		
Téléphone portable / 手机号		
Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup> 社保号 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Régime de sécurité sociale 所属社保系统	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / 其它 : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / 其它 : _____

Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>. Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches.

孩子的社保证明或者与孩子绑定的家长的社保证明上提供有这些信息。也可登录 Ameli 网站个人账户

<https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits> 进行查询。

您也可以将社保证明附在家长同意书的后面，从而让后续的操作更简单。

Je soussigné(e), / 具名人 \_\_\_\_\_

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / 同意接种中心为上文所指明的孩子进行 HPV 疫苗的接种。

La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses espacées entre 5 et 13 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. **L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.**

11-14岁年龄段的孩子需要接种 2剂 HPV 疫苗，中间的间隔时间为5-13个月。**接种当日，孩子必须携带其病例或疫苗卡。**

n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / 不同意接种中心为上文所指明的孩子进行 HPV 疫苗的接种。

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

如果孩子已经接种过了 HPV 疫苗（疫苗名：Gardasil9®），请告知具体的接种时间：

Date de la Dose 1 / 接种第 1 剂的日期 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la Dose 2 / 接种第 2 剂的日期 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date / 日期 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signataire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a donné son autorisation.

En cas de signature sur papier, les deux parents /responsables légaux doivent signer.

若为电子签名，签名的家长/法定监护人以个人名誉为担保声明本人已经同意。若为纸质签名，父母/法定监护人必须提供签名。

Signature Parent/Responsable légal 1 :

家长/法定监护人 1 签名 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

家长/法定监护人 2 签名 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> / 若只有一名法定监护人签名，则需填写<sup>2</sup>：

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / 本人声明是上文所指出的孩子的唯一法定监护人。

Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame \_\_\_\_\_, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV<sup>2</sup> / 本人以自身名誉为担保，声明孩子的第二个法定监护人 \_\_\_\_\_ 先生/女士因实际困难无法在本表格上签名，但已经同意为孩子接种 HPV 疫苗。

Date / 日期 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du seul Parent/Responsable légal / 单个家长/法定监护人签名 :

VOIR PAGE SUIVANTE

见下一页

<sup>1</sup> Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

若有的话，请提供国家医疗补助 (Aide médicale d'Etat) 号 (临时社保号)。

<sup>2</sup> La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en cas de signature d'un seul parent pour cause d'impossibilité matérielle de signer pour l'autre parent, le signataire s'engage sur l'honneur à ce que la personne co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avérerait inexacte ou falsifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

给未成年人打疫苗需要两位家长的同意。因此，如果因现实原因导致一位家长无法签字从而只有单个家长签字的情况，签字人需以个人名誉为担保声明另一位家长已经同意。如果声明的内容或者提供的信息被证实是不准确的或者是伪造的，那么签字人需承担全责，可能会遭受一年监狱及 15000 欧元罚款的惩处 (刑法第 441-7 条)。

## INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV 与预防 HPV 病毒感染的疫苗相关的信息

您的孩子将注射的用于预防 HPV 病毒感染的 Gardasil 9®疫苗是安全有效的。预防HPV的疫苗得到了世界卫生组织的推荐。从现在开始保护我们的青少年，可以极大地降低将来患上与HPV相关的癌症的几率。事实上，一些研究表明HPV疫苗接种可以明显地降低感染HPV的概率（高达90%），从而可以有效地减少患上癌前病变和相关癌症的可能性。和其它疫苗一样，注射这一疫苗可能会出现一些不良反应，但绝大多数情况下都是轻微的。

您可以登录法国国家药品和保健产品安全署的网站 [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr) 或者扫描下面的二维码了解更多的与疫苗相关的信息。



### 疫苗接种的流程

在进行接种之前，医疗人员会和您的孩子进行交谈，并查看其病例。接下来便会在一个私密的空间里为您的孩子注射一剂HPV疫苗。注射疫苗之后，有可能产生昏厥的状况，有时会伴随发抖、僵直的反应，从而可能导致摔倒的后果。尽管昏厥的情况极少出现，但以防万一，还是会在注射疫苗后让您的孩子在现场停留15分钟的时间，以便医疗人员对其进行观察。

### 关于信息收集和自由权的条款

本次的疫苗接种活动涉及到了个人信息的处理。

尤其是接种同意书会被地区卫生署的相关机构和接种中心用来组织人类乳突病毒在全法范围内的接种活动，也可能用来组织其它疫苗第二剂的注射工作。作为主管部门的地区卫生署以及当地地区卫生署所指定的接种中心或预防机构共同负责相关信息的处理。

您孩子就读的学校仅负责为上述机构收集由您填写的本同意书，然后转交给接种中心或接种机构。在转交的过程中表格会被装在密封的信封里，其中的信息不会被泄露。

收集到的信息仅提供给地区卫生署指定的本地卫生机构中具有相关资格的工作人员。这些机构可能会保存信息用于负责任的研究行为。

针对同意书所含信息的处理，需向机构负责人提出实施《通用数据保护条例》第 15、16、18 及 21 条所规定的查阅权、修改权、限制权和反对权。机构负责人必须及时无误地将行使权利的要求传达给主管的本地接种中心或接种机构。

您同样也可以行使 1978 年 1 月 6 日所颁布的与信息学、文件和自由权相关的第 78-17 号法令第 85 条中所规定的权利。

此外，在完成了疫苗注射之后，同意书将会被相应的接种中心或接种机构用于两个方面的目的：一方面是向医疗保险部门提供报销疫苗费用所需的材料，另一方面是在卫生和疫情监管的框架下向法国公共卫生署/法国公共卫生总局提供官方许可的不记名形式的数据。

您可以登录卫生部和地方卫生署的网站了解关于信息处理的其它补充说明。